

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 49

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
Traitement obstétrical du Diabète sucré
COMPLIQUÉ DE GROSSESSE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Mercredi 24 Janvier 1912

PAR

CLÉODIMOS VOUDOURIS

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu

Né à Somma (Asie-Mineure), le 25 septembre 1887



LYON
IMPRIMERIE P. LEGENDRE & Cie

14, rue Bellecordière, 14

—
1912



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552620_0033

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement obstétrical du Diabète sucré

COMPLIQUÉ DE GROSSESSE

PAR

Le Docteur Cléodimos VOUDOURIS



LYON

IMPRIMERIE P. LEGENDRE & Cie

14, rue Bellecordière, 14

—
1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LEPINE, PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS.
Chysique médicale.	LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique.	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ
Anatomie.	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE
Physiologie.	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique.	MORAT.
Médecine opératoire.	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	X.
Médecine légale.	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	COURMONT (P.)
Pharmacologie.	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL, agrégé.
Propédeutique chirurgicale.	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Matière médicale.	MOREAU, —
Embryologie.	REGAUD, —
Anatomie topographique.	PATEL, —
Botanique.	BRETIN.
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.
Clinique infantile.	MOURIQUAND.

AGREGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	J. LEPINE.	NOGIER.	TAVERNIER.
COMMANDEUR.	LESIEUR.	LATARGET	CADE
GAYET.	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F)
PATEL.	VORON.	THÉVENOT	GUILLEMARD

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEILL, Président ; FABRE, Assesseur ;
MM. VORON et MOURIQUAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

ELEFTÉRIOS KIOSKLIS

A MA MÈRE

*Qui fut l'instigatrice et l'âme de
mes études, en témoignage de ma
plus vive affection et de ma profonde
reconnaissance.*

A MON FRÈRE

*Qui fut pour moi un second père. Je
le remercie de tout mon cœur et l'as-
sure de ma grande affection et de mon
éternelle reconnaissance.*

A MES SOEURS

*En témoignage de ma sympathique
affection.*

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR WEILL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE
MÉDECIN DES HOPITAUX

Nous le remercions pour toutes les connaissances que nous avons acquises dans son service pendant un semestre d'externat, et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A M. LE DOCTEUR FABRE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

Tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de faire partie du jury de notre thèse.

A M. LE DOCTEUR VORON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

Qui nous inspira le sujet de notre thèse et fut pour nous un maître bienveillant. Hommage reconnaissant de son élève.

A M. LE DOCTEUR MOURIQUAND

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

*Nous le remercions pour toute son
amabilité et pour l'honneur qu'il nous
fait en acceptant de faire partie du
jury de notre thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Externat et suppléance d'Internat 1908-1912

M. le Docteur NOVÉ-JOSSERAND

CHARGÉ DES COURS DE CHIRURGIE INFANTILE
CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

M. le Docteur TIXIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

M. le Docteur Jules COURMONT

PROFESSEUR A LA FACULTÉ
MÉDECIN DES HOPITAUX

M. le Docteur MOUISSET

MÉDECIN DES HOPITAUX

M. le Docteur WEILL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE
MÉDECIN DES HOPITAUX

M. le Docteur VORON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
ACCOUCHEUR DE L'HOTEL-DIEU

M. le Docteur SAVY

MÉDECIN DES HOPITAUX

PRÉFACE

Nous avons eu l'occasion, pendant notre dernier semestre d'externat, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, de voir une diabétique enceinte chez laquelle M. Voron a déterminé un accouchement prématuré, dans le but d'obtenir un enfant vivant, vu que cette femme, trois ans auparavant, lors de sa première grossesse, avait accouché à terme d'un gros fœtus mort et macéré. Dès lors, sur l'inspiration de notre maître, M. le professeur Voron, il nous a paru intéressant d'étudier le traitement des diabétiques enceintes, et plus particulièrement le traitement obstétrical, et nous avons voulu faire de cette étude le sujet de notre thèse. Nous remercions vivement M. Voron pour les documents et les observations qu'il a mis à notre disposition et nous lui exprimons en même temps notre profonde reconnaissance, pour tout l'intérêt qu'il nous a témoigné, pendant les six mois que nous sommes resté, comme externe, dans son service ; il nous a facilité et permis d'y travailler avec profit et d'une manière pratique. C'est à lui que nous devons toutes nos connaissances en matière d'obstétrique.

INTRODUCTION

Nous passons volontairement sous silence le traitement médical des diabétiques enceintes, ce dernier étant le même que pour les diabétiques ordinaires et ayant été étudié, avec détail, dans tous les traités classiques du diabète. Rappelons seulement qu'il devra être institué avec le plus grand soin, qu'il sera surtout hygiénique et diététique ; on évitera, dans l'intérêt du fœtus, l'emploi des médicaments qui ne paraîtraient pas indispensables (Lépine). Quant au traitement obstétrical qui est l'objet de notre thèse, et sur lequel l'accord unanime est loin d'être fait, nous allons essayer de le développer en discutant la conduite tenue jusqu'aujourd'hui par les accoucheurs français et étrangers et en formulant, à la fin, les conclusions qui nous paraissent les plus logiques. Mais, pour bien faire comprendre les indications du traitement obstétrical des diabétiques enceintes, il nous faudra étudier d'abord, comment se comportent les diabétiques pendant leur grossesse.

CHAPITRE PREMIER

Influence réciproque du diabète sur la grossesse et de la grossesse sur le diabète

Lorsqu'on a lu attentivement l'évolution de la grossesse chez les diabétiques et les observations éparses dans la littérature médicale, il semble qu'on peut établir à ce point de vue quatre groupes bien distincts :

1^o Les diabétiques à diabète bénin, dont l'état général est bon et dont la glycosurie est favorablement influencée par le traitement et peut même, dans certains cas, très rares, disparaître vers la fin de la grossesse ou pendant les suites de couches ;

2^o Les diabétiques à diabète grave, dont la glycosurie augmente et dont l'état s'aggrave dès le début de la grossesse ;

3^o Les diabétiques intermédiaires, à diabète de bénignité relative, dont la glycosurie est peu in-

influencée par le traitement et dont l'état général est satisfaisant;

4^o Enfin, les diabétiques à hydramnios déterminant des phénomènes graves de compression.

Cette classification, que nous avons adoptée, a l'avantage d'être pratique et de se baser uniquement sur l'observation et des faits cliniques; elle nous permettra plus facilement de poser les indications thérapeutiques.

PREMIER GROUPE

Les diabétiques de ce groupe, et elles constituent, on peut dire, la majorité des cas, gardent un bon état général et conduisent plus ou moins vaillamment leur grossesse.

La glycosurie est favorablement influencée par le traitement. Le fœtus grossit peu mais vit néanmoins et les femmes accouchent d'un enfant vivant. Souvent même il y a plusieurs grossesses successives : le Dr Lop, de Marseille, soigna une femme qui eut onze enfants vivants et qui était diabétique depuis sa cinquième grossesse; une autre en eut six, dont trois depuis qu'elle eût connaissance de son diabète.

Il s'agit là des formes bénignes de diabète dont les premiers symptômes ont souvent passé inaperçus de la malade.

Nous faisons rentrer dans ce groupe les cas, très rares d'ailleurs, où le sucre disparaît au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement ou pendant les suites de couches; Eshner, Paucot, Offengeld et

plus récemment, à Lyon, MM. Plauchu et Japiot en ont publié des observations détaillées.

Ces cas favorables se rencontrent aux différents âges de la vie, à 20 ans, après 40 ans, et plus fréquemment entre 30 et 40 ans. La parité ne semble pas non plus en cause; les unes sont des primipares, les autres des grandes multipares. L'ancienneté du diabète même est compatible avec une issue aussi heureuse. Le facteur le plus important pour l'évolution de la grossesse semble être alors la condition sociale de la malade, qui parfois, grâce au repos complet, un régime approprié suivi avec soin, peut écarter dans une certaine mesure la menace d'accidents gravido cardiaques.

Le travail dans ces cas-là suit une marche régulière; en général la femme a des bonnes douleurs. Pendant le travail, après la délivrance on ne note pas d'hémorragies. Les suites de couches sont normales, parfois un peu prolongées, sans complications. Les symptômes morbides du diabète s'apaisent momentanément pendant les jours qui suivent l'accouchement et quelquefois même dans des cas rares, la glycosurie peut disparaître.

DEUXIÈME GROUPE

Dans ces cas, la grossesse survient chez les diabétiques gravement atteintes, ou bien le diabète s'aggrave dès le début de la gestation. Pendant la première moitié de la gestation, on note simplement une augmentation de la soif et de la glycosurie, mais,

vers les derniers mois, l'état général devient franchement mauvais. Parfois la grossesse est interrompue par la mort du fœtus; ou bien une grande faiblesse oblige la malade à cesser son travail, à garder le lit; une dyspnée provoquée par l'hydramnios l'épuise sans cesse; la fatigue d'un accouchement laborieux, la mort si fréquente de l'enfant aggravent le mal.

Dans les premiers jours après la délivrance à terme ou non, on note quelque répit, et les accidents reparaissent plus intenses, le taux de la glycosurie s'élève, et rapidement nous assistons à la terminaison du diabète dans le coma (Chapiet). La malade de Minot meurt ainsi au quatrième mois de sa grossesse. Celle de Demelin meurt en douze heures, celle de Salémi en seize heures. L'issue fatale peut se faire attendre un jour ou deux, ou survenir quatre ou cinq jours plus tard, ou neuf jours (voir observations 14-27).

Si les suites de couches se prolongent, la mère s'affaiblit peu à peu, elle est obligée de cesser l'allaitement lorsqu'elle a voulu s'en charger; elle reprend ses occupations habituelles sans recouvrer jamais ses forces et, dans un délai variable, quelques mois, un an, l'épuisement devient complet.

Tantôt elle succombe dans le coma diabétique, tantôt une tuberculose à marche rapide, une infection surajoutée met fin au diabète (Chapiet). Donc dans tous ces cas le fœtus succombe précocement et la mère meurt presque toujours avant ou après l'accouchement. Ces faits ne sont pas rares. Schauta évalue

la mortalité maternelle à un quart, et Magnus H. Tate à 48 p. 100.

TROISIÈME GROUPE

Il s'agit des cas moyens, relativement bénins. Les femmes gardent un état général satisfaisant. Le sucre de l'urine se maintient à un taux modéré peu influencé par le traitement.

Ce sont des multipares ayant eu des grossesses terminées par la naissance d'enfants morts et macérés. Souvent ces grossesses ne vont pas jusqu'à terme ; elles sont interrompues par un avortement ou par un accouchement prématuré. Il y a plus souvent accouchement prématuré qu'avortement. L'avortement n'a jamais été signalé avant le cinquième mois dans les observations de Chapiet. L'accouchement prématuré survient au septième et au huitième mois. Dans la grande majorité des cas, les fœtus sont morts. Une diabétique observée par Seegen eut trois grossesses qui toutes trois cessèrent au quatrième ou cinquième mois. Trouillard eut aussi l'occasion d'assister une femme qui expulsa deux fœtus morts de cinq mois environ. Seul Kleinwœtcher vit mettre au monde un enfant de 32 semaines, vivant, chez une femme dont le diabète remontait à deux ans et demi. Si la grossesse continue, les chances de vie du produit de conception n'augmentent pas et on a noté plusieurs fois sa mort dans les huit jours qui ont précédé l'accouchement à terme. Donc, dans une grosse proportion : *mort* de l'enfant au cours ou à la fin de la grossesse.

En plus, ces fœtus ont une tendance à *grossir exagérément*. Quelques auteurs se sont bornés à noter que des fœtus de 7 ou 8 mois étaient énormes. Hermann a vu un enfant qui, dans le septième mois, pesait 2086 gr. ; des enfants à terme pesaient 4100 gr., 4075 gr., 5290 gr., 5300 gr., 12 livres, 6750 gr., 7000 gr. (voir observations 26-33).

L'accouchement est souvent dystocique en raison du volume et de la macération du fœtus.

Le travail est pénible et long et on est souvent obligé d'intervenir, par un forceps ou une version, pour extraire le fœtus. Reid vit une femme mettre douze heures à expulser un gros enfant de huit mois mort et macéré ; et Winckel nota un cas où le travail dura quarante-trois heures.

L'accident le plus fréquent pendant l'accouchement est l'arrêt du travail par cet excès du volume du fœtus. Parfois la tête se dégage spontanément, puis le travail se ralentit et les contractions demeurent inutiles (Chapiet). Si l'on tente une application de forceps, tantôt l'extraction de la tête est facile, tantôt assez pénible. Si l'on a une présentation du siège, si l'on a pratiqué une version par manœuvres internes, l'abaissement des jambes se fait bien, le siège se dégage, dans tous les cas les épaules opposent une résistance considérable ; les tractions les plus énergiques suffisent à peine à achever l'accouchement (Chapiet).

QUATRIEME GROUPE

Ce sont les diabétiques dont la grossesse est compliquée d'hydramnios.

D'après Chapiet, l'hydramnios fut constaté dix-sept fois au cours de cent trois grossesses, en dehors de toute cause habituelle, c'est-à-dire, grossesse gemellaire, syphilis, albuminurie.

La quantité du liquide s'élève tantôt à trois litres, tantôt à cinq, il existe même des cas où celui-ci a été beaucoup plus abondant; certains accoucheurs ont été frappés du volume énorme du liquide amniotique, l'évaluant même à 10 ou 12 litres (voir Observations 35-42).

Cet hydramnios se développe généralement dans les derniers mois de la grossesse, parfois avec rapidité, prenant même la forme aiguë; dans ces cas là, il détermine des troubles graves de compression et devient la cause d'accidents gravido-cardiaques : apparition d'œdèmes aux membres inférieurs remontant souvent au pubis et même jusqu'à la paroi abdominale; dyspnée intense, cyanose de la face et des extrémités, affaiblissement cardiaque, tendances à la syncope, pouls rapide et faible, en somme des phénomènes faisant courir de réels dangers à la mère.

Chez les diabétiques l'hydramnios atteint donc une gravité et une fréquence bien au-dessus de la normale; il précède presque toujours la mort du fœtus, il coïncide avec une aggravation de l'état général de la mère.

CHAPITRE II

Conduite à tenir en présence d'une diabétique devenue enceinte. — Peut-il être indiqué d'interrompre la grossesse ?

Nous empruntons la plus grande partie des lignes qui vont suivre à l'article que M. Voron a publié dans le « Jubilé du professeur Lépine ».

Il y a de nombreuses divergences sur la ligne de conduite à tenir en pareille circonstance et tous les accoucheurs sont loin d'être d'accord sur ce sujet ; les uns sont pour l'expectation, les autres pour l'interruption. Nous allons réunir en un faisceau, comme le fait M. Voron, d'un côté les arguments des partisans de l'expectation, de l'autre coté les arguments des partisans de l'intervention et puis nous formulerons une conclusion raisonnée.

PARTISANS DE L'EXPECTATION

Les partisans de l'expectation, ceux qui pensent que toute grossesse survenant chez une diabétique doit être abandonnée à son évolution naturelle, sont nombreux, surtout parmi les accoucheurs français. Nous considérons comme tels, encore qu'il s'agisse là peut-être d'un jugement téméraire, tous ceux qui passent entièrement sous silence, la possibilité de l'accouchement prématuré provoqué chez les diabétiques : pour les étrangers, Reiss dans ce débat du Congrès de Rome en 1902, qui fut peut-être le seul où fut abordée avec ampleur la question de l'interruption artificielle de la grossesse dans les maladies non médicales; pour les Français, Tarnier et Budin, Vinay qui insiste sur l'énorme mortalité fœtale chez les diabétiques enceintes (48 0/0), mais déclare néanmoins qu'il n'y a rien à faire en dehors du traitement ordinaire du diabète; plus près de nous, Budin et Demelin, Ribemont, Dessaigne, Lepage et surtout Pinard qui, dans son rapport au Congrès de Rome, ne mentionne pas de diabète parmi les affections qui peuvent constituer une indication à l'interruption de la gestation.

Si nous voulons connaître les arguments qu'invoquent les abstentionnistes, nous devons les chercher dans la thèse de Chapiet. Ces arguments qui portent uniquement sur des faits cliniques sont de deux ordres : 1^o Toutes les fois qu'on a cherché à interrompre la grossesse dans l'intérêt de la mère parce que la vie de celle-ci était menacée par des complica-

tions survenant au cours de la grossesse, ou bien, le plus souvent, l'effet produit a été nul et les malades sont mortes rapidement, ou bien si l'évacuation de l'utérus a paru amener une amélioration, celle-ci a été de courte durée. On peut même penser que le traumatisme produit par l'intervention obstétricale n'a pas été étranger à la terminaison fatale. Enfin si l'on intervient dans les premiers mois de la grossesse, on sacrifie l'enfant sans bénéfice pour la mère.

2^o Toutes les fois qu'on a interrompu la grossesse dans le but de sauver l'enfant et parce qu'on savait que celui-ci, même avec une mère supportant bien son diabète, avait des grandes chances de mourir peu de jours avant le terme, le résultat fut nul ou peu s'en faut. A quoi bon alors faire subir à la mère les risques d'une opération dont le bénéfice pour l'enfant ne peut-être raisonnablement espéré?

PARTISANS DE L'INTERRUPTION

Voici maintenant les partisans de l'interruption. Il y a d'abord ceux qui admettent qu'on n'agira que dans des cas exceptionnels: Chambrelent et Cathala sont de ceux-là. Pour eux, il est légitime d'intervenir quand l'état de la mère est trop grave, ou que le fœtus menace de devenir trop volumineux. D'autres sont plus audacieux et étendent davantage les indications.

Nous citerons parmi eux Simpson, Salémi, Partridge, Trouillard. Ces derniers ont remarqué que, vers le septième mois de la grossesse, les troubles

fonctionnels de la mère et du fœtus semblent prendre une marche progressive, et ils en ont conclu que l'enfant devait avoir plus de vitalité au début de ces accidents qu'à la fin. Les accoucheurs allemands et italiens, suivant en cela une tendance bien connue, semblent admettre l'interruption dans tous les cas et sans exception. Schauta, au Congrès de Rome de 1902, partant de ce point de vue que l'enfant succombe presque toujours et la mère souvent, qu'au surplus l'accouchement à terme amène des complications graves, estime que lorsqu'on constate le diabète chez une femme enceinte, il faut interrompre la grossesse dans les premiers mois ; de même aussi dans la deuxième moitié si la quantité du sucre dans les urines de la mère est très élevée ; autrement on attendra que le fœtus soit viable. Zagari est encore, s'il se peut, plus affirmatif :

L'interruption de la grossesse chez une diabétique enceinte doit être pratiquée dès le premier mois de la vie intra-utérine. M. Voron préconise l'interruption de la grossesse quelques jours avant terme, chez les diabétiques du troisième groupe que nous avons déjà étudié au début de ce travail ; chez ces diabétiques, il faut déterminer l'accouchement prématuré dans le courant du neuvième mois, pour deux raisons : Premièrement pour avoir un enfant vivant, vu que presque tous ces enfants meurent à la fin de la grossesse ; secondairement dans l'intérêt de la mère pour lui éviter une dystocie à terme par excès du volume fœtal, ces fœtus

ayant des tendances à grossir démesurément.

Le distingué maître lyonnais, M. le professeur Lépine, dont les travaux sur le diabète sont connus de tout le monde médical et dont la compétence en cette matière est universellement reconnue, envisage également la possibilité d'interrompre la grossesse dans deux cas.

1^o « Pendant la première partie de la grossesse, si malgré un traitement hygiénique sévère, le diabète s'aggravait, on serait autorisé à provoquer l'avortement. »

2^o « Pendant les trois derniers mois de la grossesse : L'interruption de la grossesse dans le cas d'aggravation d'un diabète grave est légitime. Elle est évidemment de l'intérêt de la mère, et quelque paradoxal que cela paraisse, elle est favorable à l'enfant ; car dans une couveuse avec une alimentation convenable, il a plus de chances de vie. » (Lépine).

Les arguments des partisans de l'intervention sont surtout d'ordre théorique et se conçoivent facilement ; il faut interrompre la grossesse parce que la vie de la mère est menacée, soit qu'on agisse systématiquement dès le début de la gestation, soit qu'on attende que les accidents soient déjà constitués et menaçants ; il faut interrompre aussi parce que l'enfant a une tendance à grossir exagérément, ce qui est une cause de dystocie, et surtout parce qu'il meurt fréquemment peu avant le terme.

TRAITEMENT

Telles sont les opinions en présence.

Il n'est pas, semble-t-il, interdit de penser, que la vérité doit se tenir quelque part entre elles, aussi loin de l'expectation que de l'intervention systématique.

« Mais il n'est guère possible de formuler à cet égard quelque chose de précis si l'on ne connaît par avance les manières diverses qu'ont de se comporter les diabétiques enceintes » (*Voron*).

Or nous avons vu qu'on peut diviser les diabétiques, d'après l'évolution clinique de leur grossesse, en quatre groupes. Nous allons étudier le traitement, séparément, pour chaque groupe et pour cela il nous faudra rappeler brièvement ce qui caractérise chacun d'eux :

1^{er} groupe: Un certain nombre de diabétiques gardent un bon état général et conduisent plus ou moins vaillamment leur grossesse. La glycosurie est favorablement influencée par le traitement médical et peut même dans certains cas rares disparaître spontanément. Le fœtus grossit un peu, mais vit néanmoins et les femmes accouchent d'un enfant vivant. Souvent même, il y a des grossesses successives.

2^e groupe: D'autrefois la grossesse survient chez les diabétiques gravement atteintes, ou bien le diabète s'aggrave dès le début de la gestation. Le fœtus succombe précocement et la mère meurt, presque toujours, avant ou après l'accouchement.

3^e groupe: Il existe des cas intermédiaires de bénignité relative, où les femmes gardent un état général satisfaisant. Le sucre de l'urine se maintient à un taux modéré peu influencé par le traitement. Mais le fœtus a une tendance à grossir exagérément et il meurt le plus souvent dans les huit jours qui précèdent le terme. L'accouchement est souvent dystocique en raison du volume et de la macération du fœtus. Nous insistons sur ces derniers faits qui ont à notre sens une importance extrême.

4^e groupe: Enfin, assez souvent (17 p. 100), on observe un hydramnios se développant le plus souvent dans les derniers mois de la grossesse parfois avec rapidité, prenant la forme aiguë, provoquant des troubles de compression, une dyspnée intense et faisant courir de réels dangers à la mère..

Il est aisé maintenant de formuler des conceptions thérapeutiques.

Pour les malades du *premier groupe*, c'est l'évidence même qu'il n'y a pas lieu de songer à un traitement obstétrical. Le traitement médical suffira seul. Il faudra soumettre la malade à une hygiène sévère, lui prescrire un régime précis, et chercher à éloigner d'elle toutes les fatigues et toutes les émotions. Par des analyses d'urine complètes et répétées à des intervalles réguliers, tous les quinze jours par exemple, le médecin suivra la marche de l'affection, se réservant de redoubler de surveillance et modifier ses prescriptions en cas de besoin. Il se tiendra prêt, pendant le travail, à aider à l'expulsion du fœtus dans le cas où elle serait rendu difficile par un volume un

peu supérieur à la normale. La formule interventionniste de Schauta et de Zagari est donc ici entièrement hors de raison.

Pour les femmes appartenant au *deuxième groupe*, il paraît beaucoup plus difficile de poser une règle formelle *a priori*, l'existence de la femme étant menacée par des accidents graves, procédant plus ou moins directement des effets néfastes de la grossesse sur un diabète préexistant, la vie de l'enfant ne pouvant d'autre part entrer en ligne de compte, puisqu'elle est intimément liée à celle de la mère. Le principe de l'évacuation systématique de l'utérus semble s'imposer quel que soit l'âge de la gestation. Nous avons vu que le professeur *Lépine* admet l'interruption de la grossesse dans ces cas-là. Mais dans la pratique il en va tout autrement. On sait combien le plus souvent est lamentable le résultat de toutes ces opérations entreprises plus ou moins *in extremis* ; et si l'on se reporte aux observations publiées l'on constate que presque toutes les fois qu'on essaya d'interrompre la grossesse chez ces malades sous le coup d'accidents graves, la terminaison fatale ne s'ensuivait pas moins, précédée ou non d'une rémission passagère. Nous nous associons donc avec M. *Voron*, entièrement sur ce point aux réflexions de *Chapiet* lorsqu'il estime que de telles malades sont rarement capables de supporter le traumatisme considérable que représente une évacuation rapide de l'utérus ; et si l'on ne peut déconseiller formellement l'intervention, considérée comme ultime ressource, on peut moins encore la conseiller d'une façon ferme. Ce sera

avant tout une question de circonstances et le plus souvent on se trouvera bien de s'abstenir.

Quand aux malades *du troisième groupe*, leur histoire est dominée toute entière par ce fait que l'état général restant satisfaisant et le taux du sucre se maintenant élevé malgré le traitement, l'enfant meurt dans les quelques jours qui précèdent le terme, après avoir atteint un développement exagéré. On a vu en effet, plus haut, dans l'étude de l'évolution de la grossesse chez les diabétiques, que les fœtus pourraient atteindre quelquefois un volume énorme : 7000 gr., 6,750 gr., 6000 gr., etc.

Ici, il ne peut être question d'interrompre la grossesse au début dans l'intérêt de la mère qui n'est pas menacée; donc, pas d'intervention au début ni avant le huitième mois. Mais il faudra interrompre la grossesse un peu avant terme, dans l'intérêt surtout de la mère et secondairement dans celui de l'enfant, ce qui n'était pas tout à fait la pensée de notre maître, M. le professeur Voron, quand il publia son article : « Peut-il être indiqué d'interrompre la grossesse chez les diabétiques enceintes » dans le « Jubilé du professeur Lépine ».

En effet, M. Voron a eu l'idée d'interrompre la grossesse, au cours du neuvième mois, dans l'intérêt surtout de l'enfant, pour avoir des enfants vivants, parce qu'il a été frappé par le nombre de fœtus qui mouraient quelques jours seulement avant le terme de la grossesse; puisque ces enfants meurent à terme, faisons-les venir au monde avant terme pendant qu'ils sont vivants; c'était la logique même. En

cela, les idées de M. Voron concordent avec celles du professeur Lépine. En effet, M. Lépine ne dit-il pas, dans son traité sur le diabète, qu'il faut interrompre la grossesse pendant les trois derniers mois lorsque le diabète s'aggrave, autant dans l'intérêt de la mère que dans celui de l'enfant, ce dernier ayant plus de chance de vie dans une couveuse avec une alimentation convenable, que dans le sein de sa mère ?

M. Voron compare la mort habituelle du fœtus chez ces diabétiques, à la mort du fœtus chez certaines malades atteintes d'albuminurie grave. Or, on n'hésite pas à interrompre la grossesse, pour sauver l'enfant, quand la mort habituelle est la conséquence d'une albuminurie grave récidivante. Pourquoi n'en serait-il pas de même lorsque la mort habituelle reconnaît pour cause l'intoxication diabétique ? (Voron).

Malheureusement, les deux observations que M. Voron rapporte, depuis l'apparition de son article et que nous publions plus loin, ne sont pas pour l'encourager à persister dans sa manière de voir : Les deux diabétiques qu'il a fait accoucher avant terme, l'une à huit mois et demi, la seconde à huit mois, et que nous avons pu suivre, ont accouché de deux enfants vivants, cela est vrai, mais qui sont morts l'un 37 heures, l'autre 5 heures après l'accouchement. Le premier de ces enfants, dont nous avons pratiqué l'autopsie, présentait une surcharge graisseuse très remarquable de tous ses tissus : tissu cellulaire sous cutané de la paroi abdominale, épiploon, reins, cœur, foie et surtout capsules surrénales,

lesquelles étaient énormes. Il semble donc que ces enfants, ou du moins un certain nombre de ces enfants, sont déjà très profondément intoxiqués et qu'ils meurent fatalement malgré l'accouchement prématuré provoqué. L'indication d'interrompre la grossesse chez ces diabétiques n'en reste pas moins posée ; mais ce sera surtout dans l'intérêt de la mère qu'il faudra agir pour lui épargner les dangers que lui fait risquer une dystocie à terme par excès de volume fœtal, ces enfants ayant une tendance, comme nous l'avons montré, à grossir exagérément.

A partir du huitième mois de la grossesse, il faut suivre de près ces malades, les examiner au moins tous les huit jours, pour se rendre compte du volume de l'enfant ; il faut se tenir prêt pour provoquer l'accouchement aussitôt que le fœtus semblera avoir atteint le volume normal d'un enfant à terme, pouvant traverser sans difficultés le bassin maternel, dont il faut faire, au préalable, un examen minutieux.

On évitera ainsi la dystocie à terme par excès de volume fœtal, laquelle pourrait avoir des gros inconvénients pour la mère : travail et efforts d'expulsion prolongés sans résultat, surmenage physique considérable, arrêt du travail nécessitant une intervention, application de forceps ou version. Ces interventions peuvent devenir dangereuses chez les femmes qui se trouvent dans les conditions que nous venons de voir. On a dit, avec raison, que les diabétiques possèdent un terrain sucré, que leur sang est un véritable bouillon de culture qui ne demande qu'à s'in-

fecter; si au surplus, on les place dans des conditions de moindre résistance, ce qui se réalise chez les diabétiques dont nous parlons en ce moment, l'infection pourra se produire encore beaucoup plus facilement; l'on sait, d'autre part, combien d'infections puerpérales graves éclatent, après une intervention, sans qu'on puisse incriminer l'opérateur, et malgré toutes les précautions d'asepsie et d'antisepsie qu'on a eu soin de prendre. C'est une raison de plus pour qu'on redoute de pareilles complications chez les diabétiques, qui sont naturellement prédisposées.

Enfin, nous avons vu que les enfants de ce groupe de diabétiques viennent au monde morts et macérés; or, la présence in-utéro d'un enfant macéré est un danger constant d'infection pour la mère.

On interrompra donc la grossesse pendant le neuvième mois, alors que l'enfant est vivant, dans l'intérêt surtout de la mère, pour lui éviter une intervention à terme, avec tous les risques et les complications que cette dernière peut comporter dans ce cas particulier, et pour écarter les dangers d'infection dûs à la présence dans son utérus d'un enfant macéré.

Secondairement, on interrompra la grossesse dans l'intérêt de l'enfant, puisque c'est le seul moyen, comme le pense justement M. Voron, pour avoir un enfant vivant, ces derniers mourant presque tous quelques jours avant terme. Les deux enfants que M. Voron a fait naître dans ces conditions, sont nés vivants et ont survécu quelque temps. Qui sait si d'autres, qu'on fera naître dans les mêmes conditions, n'auront pas un meilleur sort? Il faut de nou-

velles observations de ce genre pour être définitivement fixé sur la valeur de la manière de voir de M. Voron.

L'opération est presque toujours sans danger et se fait dans les meilleures conditions : elle consiste à exciter l'utérus par l'introduction d'une bougie de Krause, en prenant, bien entendu, les précautions les plus rigoureuses d'asepsie et d'antisepsie.

On ne peut pas reprocher à cette méthode de faire courir aux diabétiques des risques graves d'infection. Outre que ces risques sont actuellement peu considérables, ils seront pires encore au cours de l'accouchement à terme, comme nous l'avons déjà dit, alors que l'enfant, ayant grossi démesurément, ne sera extrait qu'à l'aide de manœuvres longues et difficiles et que la femme sera le plus souvent surmenée, épuisée et constituera un *locus minoris resistentiæ* pour l'infection.

Les deux accouchements prématurés que M. Voron a provoqué chez ces deux malades (voir observations 33, 34), l'un à huit mois et demi, l'autre à huit mois, se sont fait très normalement et sans incidents.

Dans le premier, les douleurs ont commencé dix-sept heures après l'introduction de la bougie et l'accouchement a eu lieu spontanément vingt-quatre heures après ; l'enfant, qui pesait 3,540 grammes, a vécu trente-sept heures. Dans le second, début des douleurs douze heures après l'introduction de la bougie, accouchement vingt heures après ; l'enfant, d'un poids de 2,800 grammes, n'a vécu que cinq heures seulement.

Les suites de couches, dans les deux cas furent normales, sans la moindre élévation de la température.

On voit donc que la méthode ne présente aucun risque et si les enfants n'ont pas survécu, on a évité aux mères les inconvénients et les conséquences d'une dystocie à terme, vu que ces enfants avaient une tendance à grossir beaucoup, le premier pesant déjà 3,540 gr. à huit mois et demi, le second 2,800 gr. à huit mois.

Reste *le quatrième groupe* qui comprend les diabétiques enceintes à hydramnios volumineux déterminant des troubles graves de compression, tels que dyspnée, cyanose, accidents gravido-cardiaques, etc. Ici il sera tout indiqué d'évacuer le liquide amniotique par la ponction de l'œuf, suivie à plus ou moins brève échéance de l'extraction du fœtus. On obtiendra ainsi d'excellents résultats, témoin une très belle observation de Brindeau, que nous publions plus loin.

CHAPITRE III

Observations

Nous ne rapportons ici que des observations, ayant un certain rapport avec l'étude que nous venons de faire. La plupart d'entre elles, ont déjà été publiées, dans les thèses de Gaudard, Trouillard, Salémi et surtout dans la thèse de Chapiet où nous en empruntons une grosse partie.

Nous publions également trois observations rapportées par M. Plauchu dans le « Jubilé du professeur Lépine » ainsi que les observations originales des deux diabétiques chez lesquelles M. Voron a pratiqué un accouchement prématuré.

I. -- OBSERVATIONS DES DIABÉTIQUES RENTRANT
DANS LE PREMIER GROUPE

A. — Diabétiques dont la glycosurie disparaît au cours de la grossesse ou à la suite des couches.

OBSERVATION I

(ESHNER)

(M. Plauchu, in Jubilé du professeur Lépine)

Femme de 37 ans, admise au Polyclinic Hospital de Philadelphie pour du prurit vulvaire. L'analyse des urines montra une dose de sucre de 46 gr. 7 par litre.

Cette malade devient enceinte peu après, un dosage pratiqué un mois et demi après la conception ne révèle plus que 11 gr. 7 par litre. Puis à partir de la seconde moitié de la grossesse toutes les analyses pratiquées ne dénotent plus trace de glycosurie.

Nouvelle analyse 5 jours après l'accouchement ; pas de sucre, mais de l'albumine.

Quatre mois après, l'albumine a disparu, mais le sucre réapparaît progressivement avec les autres symptômes du diabète qui avaient disparu pendant la grossesse.

OBSERVATION II

(PAUCOT DE LILLE)

(Rapporté par M. Plauchu : In Jubilé du professeur Lépine)

Femme de 30 ans, obèse (98 kg.). La première grossesse normale, s'est terminée par la naissance d'un enfant vivant en 1898.

Deuxième grossesse en 1899, avortement à cinq mois. Le diabète est constaté pour la première fois en 1904.

Troisième grossesse en 1907, avortement à trois mois.

Quatrième grossesse en 1908. Vers le troisième mois la polyurie atteint 2.500 gr. La quantité de sucre est de 6 gr. 37 par litre. Le sucre oscille dans la suite entre 8 et 25 gr. Une seule fois l'analyse en dénote 79 gr.

Le 9 mars, 11 gr.

Le 18 mars, malgré l'abandon de tout traitement anti-diabétique on n'en trouve plus que 0 gr. 20.

Le 2 avril, 1 gr. 80.

Le 20 avril, néant.

Le 25 avril néant.

L'accouchement se fait le 8 mai 1908.

La disparition du sucre se maintient jusqu'au 20 septembre de la même année.

Le 20 septembre, 12 gr. de sucre.

Le 27 décembre, 90 gr. de sucre.

Le 23 février 1909, 30 gr.

OBSERVATION III

(PLAUCHU et JAPIOT)

(In Jubilé du professeur Lépine)

Femme de 33 ans, obèse, elle est diabétique depuis l'âge de 18 ans. Les dosages dans ces dix dernières années montrent une glycosurie permanente oscillant entre 16 et 20 gr. de sucre. Mariée à vingt ans la malade ne devient enceinte pour la première fois qu'à trente ans (1907-1908). Ses urines examinées au septième mois de cette première grossesse contiennent la dose habituelle de sucre. Elle entre à la maternité de la Croix-Rousse pour son accouchement. Les urines, examinées après son accouchement et à plusieurs reprises pendant les suites de couches, ne renferment pas trace de sucre. Une deuxième grossesse survient en 1909. La malade est reçue dans le service au sixième mois de la grossesse et reste en observation jusqu'à son accouchement qui a lieu le 3 mars 1910.

Examen des urines : Un gros disque d'albumine, polyurie faible depuis la mise au régime (1.800 à 2.000 gr.).

Dosage du sucre. — 20 janvier 1910, 16 gr.

31 janvier, 18 gr. 40.

7 février, sucre, 22 gr. 8 ; azote, 6 gr. 54 ; phosphate, 1 gr. 12.

Le 22 février, sucre, 5 gr. 65.

Accouchement le 3 mars.

8 mars, sucre, néant.

12 mars, sucre, néant.

15 mars, sucre, néant.

B. — *Diabétiques ayant eu des enfants vivants à terme.*

Ces observations étant très nombreuses, nous n'en publions que quelques-unes seulement.

OBSERVATION IV

(LECORCHÉ)

Mme X..., 40 ans, diabétique depuis cinq ans, mari diabétique, eut un enfant vivant et à terme alors qu'elle rend de 90 à 120 grammes de sucre par jour.

OBSERVATION V

(LECORCHÉ)

Mme C..., 40 ans, diabétique depuis trois ans ; mari diabétique ; accoucha il y a dix mois d'un enfant à terme, vivant et bien portant. Elle est très faible, les urines contiennent par jour 225 gr. de sucre.

OBSERVATION VI

(LECORCHÉ)

Mme M..., 45 ans, père diabétique, diabétique elle-même depuis très longtemps, a eu trois enfants, l'urine renferme 106 gr. de sucre.

OBSERVATION VII

(FLIGEL)

Mme X..., 36 ans, a eu six enfants vivants et à terme ; devenue diabétique a 2 à 6 gr. de sucre par litre pendant sa septième grossesse, qu'elle mène à terme sans aucune complication.

OBSERVATION VIII

(SEEGEN)

Une jeune Polonaise, dont la mère était diabétique et qui souffrait du diabète depuis plusieurs années, accouche à terme d'un enfant vivant.

OBSERVATION IX

(LEMOINE)

Mme D..., 45 ans, a eu quatre grossesses normales, la dernière il y a 12 ans. Diabétique depuis quatre ans, devient enceinte. Accouche à terme d'une fille vivante et meurt trois jours après, avec des phénomènes d'infection.

OBSERVATION X

(VERDALLE)

Mme X..., 34 ans. Père diabétique, malade elle-même, depuis quatre ans, suit un traitement à la Bourboule, put mettre au monde son sixième enfant bien portant.

OBSERVATION XI

(LOP)

Mme X..., a eu onze enfants et elle est diabétique depuis sa cinquième grossesse.

Une autre malade eut six accouchements dont trois depuis qu'elle a eu connaissance de son diabète. Une troisième III-pare, est diabétique depuis sa seconde grossesse.

Ces trois femmes ont eu des accouchements à terme, des enfants vigoureux et des suites de couches normales. Leur glycosurie oscillait entre 6 et 30 grammes de sucre par jour.

OBSERVATION XII

(LECORCHÉ)

Mme S..., 27 ans, a un enfant de 6 ans, qui aurait été diabétique. Elle-même l'est depuis ses couches Il y a quatre ans, a mené bien une seconde grossesse.

OBSERVATION XIII

(PARTRIDGE)

Mme X..., 20 ans, primipare, avait 1 % de sucre dans ses urines au quatrième mois de sa grossesse. A la fin de

la grossesse, traces de sucre ; accouche à terme d'un enfant vivant.

II. — OBSERVATIONS DES DIABÉTIQUES RENTRANT DANS
LE SECOND GROUPE

Diabétiques *mortes* pendant la grossesse ou après l'accouchement. Accouchement spontané ou après intervention.

OBSERVATION XIV

(DEMELIN)

Mme G..., 30 ans, arrive à l'hôpital dans le coma, enceinte et en travail. Elle a quelques contractions utérines. Dilatation de 2 francs. Présentation du sommet. Pas de bruits du cœur fœtal. Poche des eaux intacte. On n'intervint pas et la femme mourut douze heures après.

OBSERVATION XV

(MINOT)

Mme X..., 30 ans, connue pour être diabétique depuis plus de six mois, arrivée au quatrième mois et demi de sa grossesse, tombe soudain dans le coma et mourut en trente-six heures. Elle était nerveuse ; un deses grands-pères était diabétique.

OBSERVATION XVI

(LEMOINE)

Mme D..., 45 ans, a eu quatre grossesses normales, la dernière il y a douze ans. Diabétique depuis quatre ans, devient enceinte, a des métrorragies abondantes. Accouche à terme

d'une fille vivante et meurt trois jours après, avec des phénomènes d'infection.

OBSERVATION XVII

(FRY)

Mme P..., 31 ans, II-pare, pas d'antécédents. Première grossesse normale. Deuxième grossesse en juin 1880. Diabète en octobre. Traitement médical 118 grammes de sucre par jour. Le 11 décembre état général mauvais, auscultation du fœtus négative, hydramnios énorme. Travail assez rapide. Enfant mort et macéré. Après la délivrance, la femme tomba dans une prostration extrême et malgré des soins énergiques entra dans le coma le 15 et mourut le lendemain.

OBSERVATION XVIII

(SALÉMI A.)

Mme S..., 22 ans, arrivée au huitième mois de sa grossesse ne sent plus remuer son enfant. Depuis deux mois sa soif était exagérée et son caractère changeait. Quinze jours plus tard, début d'un travail lent ; une sage-femme intervient délivre la mère d'un fœtus mort et macéré. Le soir la femme tombe dans le coma, pendant la nuit elle succombe. Les urines contenaient une notable quantité de sucre.

OBSERVATION XIX

(SEEGEN)

Diabétique qui, durant son diabète conçut trois fois et toujours conduisit sa grossesse jusqu'au quatrième et cinquième mois. Mourut quelques temps après sa troisième fausse couche. 1881.

OBSERVATION XX

(LOEB)

Mme F., 22 ans, diabétique (40 gr. de sucre) accouche prématurément au sixième mois et meurt bientôt après. Le diabète avait duré cinq mois.

OBSERVATION XXI

(TARNIER)

Une diabétique qui rendait 50 gr. de sucre par litre d'urine accoucha au sixième mois de la grossesse et mourut 48 heures après.

OBSERVATION XXII

(FRY)

Mme X..., II-pare, pas d'antécédents héréditaires ou personnels, eut une grossesse normale et un enfant vivant. Vers le cinquième mois de la deuxième grossesse éclata le diabète, l'enfant mourut au septième. Accouchement prématuré peu après. Cinq jours après, mort de la mère.

OBSERVATION XXIII

(HERMANN)

Mme X..., 30 ans, eut sept grossesses, avec accouchements pénibles; les trois derniers enfants sont morts-nés; bonnes suites de couches, excepté la dernière fois. Elle eut ses dernières règles au mois d'août; trois mois après, elle s'aperçut qu'elle s'affaiblissait et avait peine à marcher; des

démangeaisons vulvaires, des pertes vaginales la gênaient beaucoup ; elle était très altérée (déjà pendant ses premières grossesses, la soif l'avait tourmentée). Amaigrissement rapide. Le diabète fut diagnostiqué. Le 23 mars, elle se réveilla souffrant beaucoup et vomissant. Le 26, elle entre à l'hôpital, émaciée, moribonde, subconsciente, parlant à peine. Pouls fréquent. Respiration bruyante. Urines contenant du sucre et de l'albumine. L'utérus atteint les côtés. Le fœtus est trop mobile pour être bien senti. Ni bruits du cœur, ni mouvements fœtaux. Le fond de l'utérus est à 39 centimètres au-dessus du pubis. Le col a toute sa longueur. On cherche par des soins énergiques à réchauffer la malade. Le 27, rupture artificielle des membranes et écoulement de beaucoup de liquide amniotique à 4 heures du matin, accouchement à 8 h. 50 d'un fœtus macéré, mort depuis deux ou trois jours, pesant 2.086 gr. Le liquide amniotique en quantité excessive contenait $\frac{2}{5}$ d'albumine, des traces de sucre. Après la délivrance, l'état général s'améliora un peu. Pendant les suites de couches, l'amélioration continua d'abord ; le 30 mars commença une pleurésie de la base droite et la température s'éleva progressivement jusqu'au 10 avril et la malade mourut le 16. La plupart du temps on mesura plus de 3 litres d'urine contenant 50 à 75 gr. de sucre par jour, et plus pendant la dernière semaine.

A l'autopsie, on trouva des lésions pulmonaires ; on n'examina pas le pancréas.

OBSERVATION XXIV

(LA TORRE)

Angela D..., 35 ans, eut plusieurs grossesses normales et un avortement au deuxième mois. Elle n'eut jamais bonne santé ; quelques-mois après son dernier accouchement se manifestèrent les premiers symptômes d'un diabète (100 gr.

de sucre par jour), elle suivit un traitement, son état s'améliora et deux ans après, redevint enceinte. Au septième mois, la malade se trouvait plus fatiguée, fœtus vivant et gros, pas d'hydramnios. Sous l'influence d'un régime azoté l'état général devint meilleur, le sucre tomba de 55 gr. à 7 gr. 50 par litre. Néanmoins, au huitième mois, les reins sont fatigués, les membranes se rompent, dyspnée intense, pouls à 140. *Dilatation forcée à la main, application de forceps*. Après quelques heures de soulagement, l'état s'aggrave et *la mort* survient en peu de jours.

OBSERVATION XXV

(DUNCAN)

Mme M..., 36 ans, sœur de diabétique, eut deux enfants *morts* et *macérés*. Pendant la troisième grossesse devient diabétique, perdit l'œil droit et fut si fatiguée en arrivant à terme, qu'on décide *de provoquer* l'accouchement. Dilatation, version par manœuvres intenses : enfant mort et macéré. *Mort* dans les vingt-quatre heures.

Voir aussi observations, 26, 37, 39 et 42.

III. — OBSERVATIONS DES DIABÉTIQUES RENTRANT DANS LE TROISIÈME GROUPE.

A. — *Enfants gros. Enfants nés morts et macérés. Accouchement spontané ou après intervention.*

OBSERVATION XXVI

(CHAPIET)

Mme A. R..., VI-pare, 29 ans, ménagère. Mariée à 17 ans. Cinq premières grossesses normales. Après la deuxième grossesse, névrite double du nerf optique entraînant une

cécité complète, la malade devint aveugle. Après la cinquième grossesse, signe de diabète : polyphagie, polydipsie (6 litres de liquide), polyurie (3 ou 4 litres), sucre et albumine dans les urines.

Actuellement, la malade est enceinte de sa sixième grossesse. A l'examen, l'utérus a une hauteur de 36 centimètres et contient beaucoup de liquide amniotique. Accouchement très pénible. *Application de forceps* ; dégagement des épaules qui s'effectue avec grande difficulté après des très fortes tractions. Extraction d'un gros enfant *mort et macéré*, pesant 4 kil. 100 grammes. Suites des couches normales, sans fièvre. La malade *mourut* neuf mois après de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XXVII

(DURIEUX)

M^{me} X..., 37 ans, d'une bonne santé générale, eut, en 1902, une première grossesse, avec albuminurie, menace d'eclampsie, accouchement à terme d'un enfant mort. En 1903, avortement à deux mois de cause inconnue. En juin 1904, troisième grossesse ; au septième mois, soif très vive, glycosurie. 240 grammes de sucre par jour. Sous l'influence du traitement, la quantité de sucre s'abaisse progressivement jusqu'au neuvième mois. Le 5 mars, on ne trouve plus trace de glucose. Le 11 mars, accouchement en dix heures d'une fille pesant 4 kil. 075. Suites de couches normales. Les urines, examinées après la fin des lochies, ne contiennent ni sucre ni albumine.

OBSERVATION XXVIII

(CHAMBRELENT)

M^{me} X... a eu deux grossesses normale et deux enfants vivants. Au sixième mois de sa troisième grossesse apparu-

rent les symptômes du diabète. Les urines contenaient 150 à 180 grammes de sucre par jour. Sous l'influence du régime, une amélioration manifeste ne tarde pas à se produire. Arrivée à la fin de son neuvième mois, la malade ne sentit plus remuer son enfant. Présentation du sommet. Pas de battement du cœur fœtal. Le lendemain, après des douleurs intenses, expulsion spontanée de la tête, non engagement des épaules malgré des tractions énergiques. L'auteur réussit en introduisant dans la bouche du fœtus une pince tire-tête et en exerçant des tractions sur l'épaule, l'index placé dans le creux axillaire, à extraire un enfant *macéré*, mort de la veille, pesant 5 *kil.* 299. Le placenta pèse 640 grammes.

OBSERVATION XXIX

(CHAMBRELENT)

M^{me} F..., 35 ans, eut cinq enfants vivants ; sa sixième grossesse, pendant laquelle on constata 8 grammes de sucre par litre d'urine, se termina par la naissance d'un enfant mort. Devenue enceinte pour la neuvième fois, la malade suit un régime, fait une cure à Vichy. Au quatrième mois, 37 grammes de sucre par litre, au cinquième 18 grammes, au sixième 4 grammes, au septième 17 grammes, au huitième 11 grammes, au neuvième 9 grammes.

Le 29 décembre, la malade ne sent plus remuer son enfant depuis deux jours. Dans la nuit, rupture de la poche des eaux ; dans la journée suivante apparaissent quelques douleurs. Le travail suit son cours, la tête ne paraît pas descendre : application de forceps ; des tractions énergiques ne peuvent amener l'engagement des épaules. Abaissement difficile d'un bras et extraction d'un fœtus *mort macéré*, pesant 5 *kil.* 300. Le placenta pèse 1 *kil.* 100.

OBSERVATION XXX

(MAYGRIER)

Mme X... 39 ans, a eu quatre grossesses à termes et deux fausses couches. La fin de sa septième grossesse fut rendue pénible par l'exagération du volume du ventre. Les urines contenaient 51 grammes de sucre par litre.

Le travail commencé le matin à 4 heures se termina à 7 heures du soir. L'enfant mourut au début du travail. Il fallut deux heures d'efforts continus et vigoureux pour extraire le siège et le tronc. La tête sortit avec la plus grande facilité. *Poids de l'enfant 6.750 grammes.* Diamètre bi-acromial 18 centimètres.

OBSERVATION XXXI

(BENNWITZ)

Jeune femme ayant eu trois grossesses normales présente de la polydipsie pendant sa quatrième grossesse. A 32 ans, cinquième grossesse; on trouve du sucre dans les urines. Elle accouche à terme d'une fille *pesant 6 kil.* qui meurt pendant le travail.

OBSERVATION XXXII

(ANDÉRODIAS)

Mme G..., 42 ans, III-pare.

A 28 ans, elle eut une fille vivante, pesant 10 livres.

A 30 ans, fausse couche de deux mois environ.

A 39 ans, apparition des signes de diabète : 40 grammes de sucre par litre. Elle suivit un régime et redevint enceinte à 41 ans. Grossesse très pénible, obligeant au repos le plus

absolu, avec de fréquentes syncopes. La glycosurie ne sembla pas augmentée. Le ventre prit des proportions énormes.

Accouchement à terme, utérus énorme, *hydramnios* considérable. Poche des eaux rompues. O. I. G. T. malgré des contractions fréquentes, le travail n'avance pas. On tente *une application de forceps*; en introduisant la première branche, un flot énorme de liquide amniotique sanguinolent s'écoule. Des tractions énergiques amènent la tête à la vulve, la rotation se fait, mais le dégagement des épaules est impossible. Le cou du fœtus macéré cède, les deux bras abaissés cèdent à leur tour. Par une boutonnière faite dans la paroi thoracique le fœtus fut extrait, suivi de plusieurs litres de liquide amniotique sanguinolent. Délivrance artificielle, le placenta restant enchatonné dans la corne droite. Suites de couches légèrement pyrétiques. Le fœtus pesait 14 livres, avait 70 centimètres de long.

B. — *Accouchements prématurés provoqués*

OBSERVATION XXXIII

(inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. VORON et M. FOLLIET.
Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon)

Mme L. S..., 33 ans, II-pare, présenta pour la première fois, il y a 3 ans, à l'occasion de sa première grossesse, des signes de diabète : polyphagie, podypsie, prurit. Un examen de ses urines pratiqué à ce moment, montra du sucre en notable quantité; soumise à un régime approprié, elle se maintint dans un état de santé satisfaisant, mais au voisinage du terme cessa de percevoir les mouvements actifs de son enfant. Peu de jours après, elle accoucha, sans trop de difficultés, d'un gros fœtus *mort et macéré*. Elle se rétablit bien, mais ses urines examinées depuis, tous les quinze jours, ne cessèrent de contenir une quantité de sucre variant entre 15 et 40 grammes par litre.

Devenue de nouveau enceinte le 10 novembre 1910, jour de ses dernières règles, elle rentre, sur les conseils de M. Voron, dans son service, à la maternité de l'Hôtel-Dieu, le 30 juillet 1911 pour qu'on lui fasse un accouchement prématuré provoqué. A son entrée, la malade a un bon état général. L'examen viscéral est négatif. Les symptômes du diabète sont peu accusés. Pas de polyphagie. La quantité des urines est de 1200 cc. par 24 heures ; elles contiennent 12 grammes de sucre par litre et pas d'albumine.

Intervention. — Le 1^{er} août 1911 à 10 heures du matin on place in-utéro, sans aucun incident, une bougie de Krause.

Début des douleurs de 2 à 3 heures du matin. Douleurs fortes et rapprochées. Pas de signes de souffrance de l'enfant à aucun moment. A 10 heures du matin, le toucher montre un col complètement dilaté ; on rompt la poche des eaux. Sommet O. I. G. A., déjà bas, pas de procidence de cordon. Bruits du cœur normaux. La période d'expulsion est rapide. Pas de souffrance de la mère. Les bruits du cœur fœtal n'ont varié à aucun moment. Dégagement absolument spontané et rapide.

L'enfant n'a eu à souffrir aucun traumatisme du fait de l'accouchement.

Après la sortie de l'enfant, la malade perd environ 300 grammes de sang. On s'apprête à intervenir, mais l'hémorragie s'arrête spontanément et la délivrance se termine normalement. Les membranes sont complètes. Le placenta paraît normal et pèse 510 grammes. Après l'accouchement la malade va bien. Le pouls est à 82, régulier, bien frappé. Aucun malaise. Pas de température. Suites de couches tout à fait normales.

La malade part le 13 août 1911, sans aucun symptômes nouveau. Elle ne se plaint d'aucun trouble. Une nouvelle analyse d'urines pratiquée après l'accouchement, le 3 août montre 8 grammes de sucre par litre.

Enfant. — L'enfant est gros (3500 grammes), il bouge

aussitôt, après la naissance, et l'on n'a besoin d'aucune manœuvre pour le ranimer. Mais dès la naissance il ne paraît pas très vif, semble endormi et pousse continuellement des faibles plaintes.

Il est bouffi surtout au niveau de la face.

Dans la journée, son affaissement s'accroît; il se cyanose et paraît respirer avec peine. On lui fait des inhalations d'oxygène en abondance, et lui donne plusieurs bains. Sa température est de 37°. Le 3 août au matin, son état a empiré: la respiration est difficile, la cyanose est moins marquée, mais a fait place à une coloration jaunâtre des téguments; sur la paroi abdominale, tout autour du cordon, il existe des plaques rougeâtres, lie de vin, avec une phlyctène en un point. La température est de 38°,5.

Son état reste le même dans la journée et il meurt le 3 août, à 11 heures du soir. Ses urines recueillies en faible quantité (10 cc.) sont un peu foncées; elles ne renfermaient ni sucre, ni albumine.

A l'autopsie, qui est faite le 5 août à 10 heures du matin, on est frappé par l'état graisseux de la paroi abdominale. Il existe également une couche graisseuse épaisse autour des reins et dans les fosses iliaques. Le cœur est un peu gros, sans lésions particulières. Les poumons sont normaux. Le foie est gros, pèse 150 grammes; il est nettement graisseux, jaunâtre à la coupe. La rate est normale. Le pancréas paraît normal. Les reins sont gros, déjà un peu putréfiés. Les capsules surrénales, très volumineuses de deux côtés, ne présentent pas de lésions macroscopiques. Rien à l'estomac ni à l'intestin. Les taches rouges de la paroi abdominale correspondent à une lésion superficielle, exclusivement cutanée.

OBSERVATION XXXIV

(inédite)

(Due à l'obligeance de M. VORON. Maternité de l'Hôtel-Dieu)

Mme G. E..., 36 ans, III-pare.

Elle entre à la Maternité le 20 novembre 1911.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de maladie indéterminée, pas d'antécédents diabétiques.

Antécédents collatéraux. — Un frère et deux sœurs vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein maternel, a fait ses premiers pas à l'âge de 14 mois.

Pas de maladie de l'enfance.

Réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans.

Règles normales, non douloureuses. Mariée à 20 ans.

Il y a une dizaine d'années, la malade a commencé à présenter tous les signes de diabète maigre: polydipsie, polyphagie, polyurie. L'embompoint de la malade commence à augmenter. Une analyse d'urines, pratiquée il y a huit ans, décèle une quantité de sucre de 75 grammes par litre.

Il y a huit ans, première grossesse, qui se termine par une fausse couche de deux mois et demi. Il y a quatre ans, deuxième grossesse, qui se termine également par une fausse couche de trois mois. A noter que, dans l'intervalle des grossesses, la malade n'a pas suivi rigoureusement le régime qui lui avait été imposé.

Depuis la dernière fausse couche, la malade n'a pas suivi de régime, malgré la persistance de son affection.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 15 au 17 mars 1911; l'accouchement probable devrait donc avoir lieu vers le 23 décembre 1911. Grossesse bien supportée. Ni céphalées ni vomissements. La malade a suivi un régime beaucoup plus sévère. Cependant, il y a un mois et demi, devant des menaces d'avortement consistant en des douleurs du bas ventre irradiées dans les lombes sans hémorragies cependant, la malade fait un séjour d'environ une semaine à l'Infirmerie de la Maternité. On lui fait garder le lit et on lui administre des lavements laudanisés. Les douleurs ayant disparu, la malade retourne chez elle, mais on lui conseille alors, en présence de sa glycosurie et de la marche des grossesses antérieures, un accouchement prématuré. C'est pour cette

raison que la malade entre à la Maternité à la date du 20 novembre.

Examen de la malade. — Femme de forte constitution, pesant avant sa grossesse 82 kilogs. Faciès coloré: bouffissure de la face surtout accusée au niveau de la région palpébrale.

Abdomen normalement développé.

On constate, le 16 novembre (M. Voron), du sucre en quantité notable. Fibrome de la paroi utérine à droite. Bruits du cœur très bien entendus, à gauche, présentation en O.I.G.A.

Appareil respiratoire: pas de symptômes fonctionnels. Rien à signaler à l'auscultation. Respiration soufflante. Expiration prolongée.

Appareil circulatoire: Bruits du cœur normaux, mais mal perçus (emphysème et embonpoint). Pouls régulier à 88.

Appareil urinaire. — Urines de coloration normale, ne renferment pas d'albumine. Par contre l'analyse décèle une quantité de sucre de 60 gr. par litre. Les chlorures sont en quantité normale.

Rien à signaler du côté du système nerveux et des organes de sens. Pas de troubles trophiques du côté de la peau.

Intervention. — Le 22 novembre 1911, à 10 heures du matin, la malade acceptant l'intervention qui lui a été proposé, on pratique un toucher préalable; on constate alors: une tête élevée, au col dévié en arrière.

On accroche la lèvre antérieure du col avec une pince tire-col d'Hégar et on procède à l'introduction de la bougie de Krause. On pénètre assez facilement jusqu'à l'orifice interne du col, mais après il est impossible de glisser le doigt entre les membranes: décollement du pôle inférieur de l'œuf et mise en place de la bougie.

Après lavage, la malade est replacée dans son lit. Les douleurs ne commencent que le soir vers 10 heures. On enlève alors la bougie. Les douleurs se succèdent réguliè-

rement pendant le reste de la nuit. Rupture spontanée de la poche des eaux.

23 novembre 1911. — Accouchement à 6 heures du matin sans accidents. Intégrité des parties molles.

Garçon de 2800 grammes, peu vigoureux, cyanosé, respirant mal. On le place dans la couveuse.

Placenta normal ; les membranes sont déchiquetées, mais après reconstitution, paraissent complètes.

L'enfant respirant difficilement : à chaque respiration succédant une période assez longue d'apnée, on fait des inhalations d'oxygène de 5 en 5 minutes.

Mort de l'enfant à 11 heures du matin.

État de la mère satisfaisant.

24 novembre 1911. — Bon état de la mère. La température est normale. Involution normal de l'utérus. Les urines sont toujours abondantes et renferment d'après le résultat de l'analyse 60 grammes de sucre et pas d'albumine.

27 novembre 1911. — Temperature 37°.5. Bon état général.

Autopsie de l'enfant. — Dès l'ouverture de l'abdomen on voit qu'il n'y a pas d'infiltration graisseuse des parois. Le mesentère et l'épiploon n'ont pas du tout de surcharge graisseuse. Rien à noter du côté de l'intestin. Le foie semble de grosseur à peu près normale pour un fœtus, mais, il se coupe mal et ressemble déjà à de la bouillie splénique. Les reins à la coupe sont un peu splénisés. On ne reconnaît pas les détails de couches corticale et médullaire. Ils sont surmontés par des capsules surrénales très volumineuses qui sont aussi grosses que le rein, du volume environ d'une mandarine et qui à la coupe laissent échapper un caillot central du volume d'une grosse noix.

Rien à noter du côté des poumons. Le cœur ne présente pas de malformation.

30 novembre 1911. — Temperature 37°.5. Involution,

normale de l'utérus. Lochies moins abondantes sans caractères.

IV. — OBSERVATIONS DES DIABÉTIQUES RENTRANT DANS LE QUATRIÈME GROUPE. HYDRAMNIOS. ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ. INTERVENTION.

OBSERVATION XXXV

(LUDWIG)

Mme X..., IX-pare, 49 ans, diabétique, entré à la clinique dans un état semi-comateux, avec *hydramnios* développé en quelques heures. Col presque entièrement dilaté. Rupture artificielle des membranes. Accouchement en dix heures d'un fœtus *macéré*. Sucre 3,8 ‰. Les suites de couches furent normales, et le taux du sucre tomba progressivement à 0 gr. 1 ‰.

OBSERVATION XXXVI

(ROSSA)

O. E..., 28 I-pare, est une rachitique de 1 m. 35 de hauteur, ayant un diamètre promonto-pubien minimum de 7 centimètres environ, venue à la clinique pour la mauvaise conformation de son bassin. Elle est enceinte de six mois environ, porte un enfant vivant et est atteinte d'hydramnios.

Les urines contiennent 0,46 ‰ de sucre. La parturiente se refuse à l'opération césarienne à terme et l'on provoque l'accouchement. Les membranes furent largement rompues; il s'écoula environ *trois litres* d'un liquide amniotique, clair, jaune, blanchâtre. Cinquante-trois heures après la rupture des membranes, apparurent des douleurs intenses, seize heures plus tard naissait un enfant de sexe masculin de 41 centimètres de long pesant 1.200 gr. qui mourut en trente-deux heures. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXVII

(DUNCAN)

Mme S..., 30 ans, a eu deux enfants vivants et deux fausses couches. Apparition des signes de diabète dès la première grossesse. Dans les derniers mois de la cinquième grossesse, elle devint très grosse et cessa de sentir les mouvements fœtaux. La respiration était très pénible, on rompit les membranes, il s'écoula 5 litres environ de liquide amniotique.

L'enfant fut extrait *au forceps* : il était *gros* comme un enfant de neuf mois, mort et macéré. On trouva dans les urines 200 gr. de sucre; le lendemain elle se trouvait mieux ; mais le troisième jour la respiration devint anxieuse, irrégulière et la malade mourut dans l'après-midi.

OBSERVATION XXXVIII

(WINCKEL)

Mme P..., II-pare, fut délivrée par version d'un enfant *mort*, en 1872 ; l'année suivante elle accoucha, en 43 heures, d'une fille vivante pesant 3 k. 370. Le liquide *amniotique* était très *abondant*. On trouva du sucre dans les urines.

OBSERVATION XXXIX

(KLEINWACHTER, 1904)

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 22 ans, ayant suivi pendant deux saisons, dans l'été 1901 et l'été 1903, un traitement à Carlsbad. Entre les deux traitements, survint un avortement de quelques semaines. Peu après le second trai-

tement, nouvelle grossesse pendant laquelle se manifestèrent des symptômes d'un diabète très grave : polydipsie et polyurie intenses, œdème du bas-ventre et des membres inférieurs. Rupture prématurée de la poche des eaux dans la 32^e ou 33^e semaine de la grossesse; écoulement d'une *quantité considérable de liquide amniotique*. Dix heures plus tard, apparition des douleurs qui durèrent 15 heures. Un médecin fut appelé à ce moment, et comme la mère présenta soudain un état de collapsus menaçant avec obscurcissement de l'intelligence et un pouls très rapide, le médecin fit une *application de forceps* sur une tête qui était d'ailleurs près de la vulve et dégagea un garçon non à terme, vivant, âgé environ de 32 semaines.

La délivrance se fait spontanément, pas d'hémorragie. Sous l'influence de stimulants et des autres moyens employés ou réussit à vaincre le collapsus, mais la conscience de la malade ne revenait pas parfaite. La température était normale. Le pouls, assez énergique à 130, œdème des membres inférieurs remontant jusqu'au bas-ventre. Les urines contenaient 5 p. 100 de sucre et 10 p. 100 d'albumine. Dix-huit heures après l'accouchement la malade *mourut* dans le coma malgré tous les moyens thérapeutiques employés : caféine digitale, injection intra-veineuse de carbonate de sodium.

OBSERVATION XL

(BRINDEAU)

Mme E. C., 44 ans, débitante, sans antécédents héréditaires, eut une fluxion de poitrine en 1890 et deux pneumonies dont la dernière en 1905. Elle eut six grossesses normales, six accouchements bons et à termes et cinq enfants vivants et bien portants. En 1900, elle eut de l'hydramnios et un enfant mort.

Septième grossesse, actuellement. Elle eut ses dernières règles le 28 avril 1906, et remarque que depuis le mois de

septembre elle a une soif continue, buvant quatre à cinq litres de liquide par jour, et qu'elle urine souvent et beaucoup, surtout la nuit. Peu à peu ses forces diminuèrent, elle fut en novembre obligée de cesser son travail et de s'aliter. Elle souffrait beaucoup dans les jambes, avait des crampes et attribuait à des varices tous ces troubles. Au mois de décembre son ventre grossit beaucoup et le sucre fut découvert en grande quantité dans les urines. A la fin du mois elle eut des vomissements fréquents, verdâtres et sanguinolents chaque jour et son état devient très mauvais.

Elle entre à la Maternité le 5 janvier 1906, souffrant d'une violente dyspnée, présentant des dilatations variqueuses des veines des pommettes et de la face. Le ventre est volumineux, tendu, rendant le palper impossible, pas de bruits du cœur de l'enfant. Poche des eaux intacte, col ramolli, sucre en abondance dans l'urine.

Dans la matinée le Dr Brindeau fit une *ponction utérine* mais il s'écoula seulement un peu de sang. Rupture des membranes et écoulement de *deux litres et demi* d'un liquide brunâtre. Présentation du siège. Dilatation à l'aide d'un ballon de Champetier de Ribes. A dilatation complète, la malade ne faisant aucun effort, par version podalique fut extrait un garçon *mort et macéré* pesant 3.600 grammes. Délivrance artificielle : placenta de 600 grammes. Suites de couches apyrétiques. La malade s'améliora progressivement et put quitter l'hôpital quelques semaines plus tard.

OBSERVATION XLI

(Lop)

M^{me} X..., III-pare, est soignée pour son diabète depuis sa seconde grossesse. Redevenue enceinte, à partir du sixième mois elle commença à éprouver de la gêne respiratoire et des troubles oculaires, des œdèmes périphériques, de l'hydramnios. Les bruits circulatoires et respiratoires

s'accroissent et la grossesse fut interrompue au milieu du septième mois. Accouchement pénible : 10 à 12 litres de liquide amniotique. *Fœtus énorme*, complètement infiltré. Craniotomie et embryotomie, membre par membre, pour extraire le fœtus. Suites de couches excellentes. Glycosurie, 34 grammes par litre, hypoazoturie 15 grammes par jour ; l'augmentation du sucre coïncida avec l'apparition des symptômes menaçants et cessa après l'accouchement.

OBSERVATION XLII

(LIEPMANN)

Caroline K. . . , 30 ans, VI-pare, a été soumise précédemment à un régime spécial pour diabète. Elle remarqua qu'en portant son dernier enfant, elle était devenue plus grosse que d'habitude. Dernières règles le 5 juin 1902, mouvements actifs en novembre. Œdème de tout le corps. Circonférence 1^m15. Palper fœtal impossible. Auscultation négative. Depuis Noël, la respiration s'accélère et la quantité d'urine émise s'accroît. Réaction sucrée nette, traces d'albumine.

L'hydramnios rendant la respiration de plus en plus pénible, l'on fit le 24 janvier, *une ponction de l'œuf*, qui évacua 11 à 12 litres de liquide et soulagea la malade. Peu après, se déclara une hémorragie : sous anesthésie on fit une version podalique et on amena un pied à la vulve en maintenant une traction modérée. Le pouls faiblit, monta à 140 par minute. Injections de sérum et de camphre sont inutiles : on fait l'extraction forcée de l'enfant, et l'hémorragie continuant, une délivrance artificielle, injection d'ergotine et tamponnement utérin. Le 24, le pouls reste élevé, la malade est très faible, flaccide. Température 39.5. Le 25 on constate au microscope la présence de streptocoques dans l'utérus. Lavages à l'alcool. Injection de sérum antistreptococcique. Température 40°,7.

Le 26, température 40°. Urines 9800. Sucre 4 o/o. Les jours suivants la malade s'affaiblit de plus en plus : la température s'abaisse, le pouls devient plus faible et plus rapide. La malade *meurt* le 2 février.

Diagnostic in vita. Diabète sucré; post-mortem. Néphrite, ulcus ventriculi, artériosclérosis aortae, hyperœmia et œdème pulmonum. Uterus puerpuralis. Métritis dissecans.

CONCLUSIONS

I. — L'opportunité de l'interruption de la grossesse, chez les diabétiques enceintes, reste encore actuellement très controversée.

II. — Nous croyons que la ligne de conduite à adopter doit être, tantôt l'expectation, tantôt l'intervention.

1° *L'expectation*. — a) Chez les femmes qui ont un diabète bénin, bien supporté, avec une tendance de la glycosurie à diminuer et même à disparaître, à mesure que la grossesse approche de son terme.

b) Chez les femmes à diabète grave d'emblée, avec état général inquiétant dès le début de la grossesse. Chez ces malades l'avortement provoqué ne peut être considéré que comme un moyen *in extremis*, le plus souvent inefficace.

2° *L'intervention*. — a) Dans les cas de grossesse avec hydramnios et troubles graves de compression.

On interrompt la grossesse dans l'intérêt surtout de la mère sans s'occuper de la viabilité plus ou moins grande du fœtus.

b) Chez les femmes à diabète bien supporté, mais chez lesquelles il y a une tendance à l'augmentation de la glycosurie, malgré le traitement, et une tendance du fœtus à grossir exagérément, ce fœtus succombant le plus souvent à la fin de la grossesse.

Chez ces malades on sera souvent conduit à pratiquer l'accouchement prématuré provoqué, surtout dans l'intérêt de la mère, afin d'éviter à celle-ci des complications amenées par l'excès de volume du fœtus à terme. Secondairement dans l'intérêt de l'enfant, à cause de la mort habituelle du fœtus. Il faut signaler cependant que les observations rapportées ne viennent pas à l'appui de ce second point de vue, l'enfant, profondément intoxiqué, mourant peu de temps après la naissance.

Le Président de la Thèse,

WEILL.

Vu :

Le Doyen,

HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 8 janvier 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- GAUDARD. — Essai sur le diabète dans l'état puérpural.
Thèse de Paris, 1889.
- SALÉMI. — Thèse de Montpellier, 1900.
- CHAPIET. — Thèse de Paris 1907.
- FRERICHS. — Traité du diabète. Traduction Lubanski.
Paris, 1885.
- CHAMBRELENT. — Société d'obstétrique. Paris, 19 décembre
1901 et 21 mars 1901.
- ANDÉRODIAS. — Société d'obstétrique de France, 1905, p. 340.
- LEPAGE. — Pratique médico-chirurgicale, 1907, t, II, p. 507.
- BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des
accouchements. t, II, p. 55.
- BUDIN ET DEMELIN. — Manuel pratique d'accouchement et
d'allaitement. Paris, 1904, p. 611.
- DEMELIN. — *Revue de clinique et thérapeutique*. Avril 1900.
- VINAY. — Maladies de la grossesse.
- PINARD. — Leçons cliniques.
- LÉPINE. — Traité du diabète sucré.
- PARTRIDGE. — *Médical record*, 1895
- LIMPSON. — Congrès de Rome, 1902
- ZAGARI. — Congrès Italien de médecine interne, 1903.
- MAGNUS H, TATE. — *American Journal of Obstetrics*, 1906.
- VORON. — Jubilé du professeur Lépine, 1911.
- PLAUCHU. — Jubilé du professeur Lépine, 1911.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
PRÉFACE	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE I ^{er} . — Influence réciproque du diabète sur la grossesse et de la grossesse sur le diabète.....	13
1 ^o) Premier groupe.....	14
2 ^o) Deuxième groupe.....	15
3 ^o) Troisième groupe.....	17
4 ^o) Quatrième groupe.....	19
CHAPITRE II. — Conduite à tenir en présence d'une dia- bétique devenue enceinte. Peut-il être indiqué d'inter- rompre la grossesse?.....	21
Partisans de l'expectation.....	22
Partisans de l'interruption.....	23
Traitement	26
CHAPITRE III. — Observations.....	35
I.—Observations des diabétiques rentrant dans le pre- mier groupe.....	36
A. Diabétiques dont la glycosurie disparaît au cours de la grossesse ou à la suite de couches	36

	Pages
B. Diabétiques ayant eu des enfants vivants à terme.....	38
II. — Observations des diabétiques rentrant dans le second groupe.....	41
Diabétiques mortes pendant la grossesse ou après l'accouchement. Accouchement spon- tané ou après intervention.....	41
III. Observations des diabétiques rentrant dans le troisième groupe.....	45
A. Enfants gros. Enfants nés morts et macé- rés. Accouchement spontané ou après inter- vention.....	45
B. Accouchements prématurés provoqués...	49
IV. — Observations des diabétiques rentrant dans le quatrième groupe. Hydramnios. Accouche- ment provoqué ; intervention.....	55
CONCLUSIONS.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	63

